



El Paso Health
HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

1145 Westmoreland Drive
El Paso, Texas 79925
1-877-532-3778
elpasohealth.com



Primary Care Provider (PCP) Change Request Form

I, _____ would like to change my PCP to:
(Member Name)

Provider Name: _____

Provider Address: _____

Provider Phone Number: _____

Provider NPI: _____

I understand that as an El Paso Health Member, I have the right to request a change to my assigned PCP at any time.

Date: _____

Member Name: _____

Member DOB: _____

Member Phone Number: _____

El Paso Health Member ID: _____

Member (or legal guardian) Signature: _____

Print Name of Legal Guardian: _____

(change cannot be made if name does not match what we have on file)

If you have any questions or need assistance with changing your PCP, please call El Paso Health Member Services Department at 915-532-3778 or toll-free 1-877-532-3778

Please fax this completed form to 915-225-6749.



El Paso Health
HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

1145 Westmoreland Drive
El Paso, Texas 79925
1-877-532-3778
elpasohealth.com



Formulario Para Solicitar El Cambio De Proveedor De Atención Primaria (PCP)

Yo, _____ quisiera cambiar mi PCP a:
(Nombre del Miembro)

Nombre del Proveedor: _____

Dirección del Proveedor: _____

Número de Teléfono del Proveedor: _____

Número de Identificación Nacional de Proveedor de Texas (NPI): _____

Tengo entendido que como Miembro de El Paso Health, tengo el derecho de solicitar el cambio de PCP asignado, en cualquier momento.

Fecha: _____

Nombre del Miembro: _____

Y fecha de nacimiento: _____

Número de Teléfono del Miembro: _____

Número de Identificación del Miembro de El Paso Health: _____

Firma del Miembro (o tutor legal): _____

Nombre del Tutor Legal: _____

(No se puede hacer el cambio si el nombre no coincide con lo que tenemos en el archivo)

Si tiene preguntas o necesita ayuda para cambiar su PCP, por favor llame a los Servicios de Miembro de El Paso Health al 915-532-3778 o sin costo al 1-877-532-3778.

Por favor envíe este formulario completado por fax al 915-225-6749